AUS DER KÖNIGLICHEN PSYCHIATRISCHEN UND NERVENKLINIK
DER UNIVERSITÄT ZU KIEL.

Über psychische Störungen bei Herzkranken.

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der Doktorwürde

der hohen medizinischen Fakultät
der Königl. Christian-Albrechts-Universität zu Kiel

vorgelegt von

Andreas Christian Thiesen
aus Bedstedt in Nordschleswig.

Kiel 1916.
Druck von Schmidt & Klaunig.

AUS DER KÖNIGLICHEN PSYCHIATRISCHEN UND NERVENKLINIK
DER UNIVERSITÄT ZU KIEL.

Über psychische Störungen bei Herzkranken.

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der Doktorwürde

der hohen medizinischen Fakultät
der Königl. Christian-Albrechts-Universität zu Kiel

vorgelegt von

Andreas Christian Thiesen
aus Bedstedt in Nordschleswig.

Kiel 1916.
Druck von Schmidt & Klaunig.

Nr. 29.

Rektoratsjahr 1916/17.

Referent: Prof. Dr. **Siemerling.**

Zum Druck genehmigt:

Prof. Dr. **Siemerling,**
z. Zt. Dekan.

Meiner lieben Frau gewidmet!

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/uberpsychischest0000andr

Daß organische Herzerkrankungen auf den verschiedensten Wegen zu Störungen in der Psyche des Menschen führen, ist hinlänglich bekannt. Wir sehen bei solchen Patienten oft eine Herabsetzung der Merkfähigkeit für sprachliche Eindrücke, eine leichte geistige Ermüdbarkeit, häufige Stimmungsschwankungen, die sich nicht selten zu einer großen Heftigkeit in der Äußerung ihrer Affekte steigert. Diese gesteigerte affektive Erregbarkeit sieht man in nicht ganz seltenen Fällen in transitorische Delirien, Bewußtseinsstörungen, ja, in Gewalttätigkeiten übergehen, sodaß man das ausgesprochene Bild einer Psychose vor sich hat. Wenn man auch heute diese bei Herzkrankheiten auftretenden psychischen Alterationen größtenteils noch auf andere Störungen zurückführt, so sind doch schon älteren Ärzten psychische, auf dem Boden von Zirkulationsstörungen entstandene Veränderungen im Geistesleben hinlänglich bekannt. Daß dabei die Frage nach dem letzten Grunde dieser psychischen Alterationen eine sehr komplizierte ist und in den seltensten Fällen eindeutig beantwortet. werden kann, ändert nichts an dieser Erfahrungstatsache. Auch im unmittelbaren Zusammenhang mit stenokardischen Anfällen steigert sich die schwere Praekordialangst nicht selten zum Bilde einer ausgesprochenen geistigen Verwirrtheit. So schreibt Krehl im Handbuche von Notnagel: „Bisweilen sah ich bei Herzkranken schwere Erregungszustände mit halluzinatorischer Verwirrtheit. Sie stellte sich entweder ganz unmotiviert ein oder auf Einwirkungen hin, die den gesunden Menschen in ernsthafter Weise nie

stören würden". Als solche führt er an: Angst, Atemnot, Schlaflosigkeit und Erschöpfung und fährt dann fort: „Nach einigen Tagen, namentlich wenn der Kreislauf sich bessert, oder auch sonst klingt der Zustand in der Regel wieder ab. Für die Entwicklung chronischer Geistesstörungen wird der Boden nicht im besonderen Maße geebnet".

Jedes größere Herzleiden, falls es überhaupt Symptome macht, hat auch eine mangelhafte Ernährung des Gehirns zur Folge und kann damit die entsprechenden Zustände verursachen: Gemütsdepression, Reizbarkeit, geistige Schwäche und schließlich Wahnsinn.

Nach zwei Richtungen hin kann die Blutzirkulation im Sinne der Versorgung des Organismus und seiner Teile eine Störung erfahren. Es kann einerseits eine Änderung der Blutbeschaffenheit durch Aufnahme toxischer Substanzen eintreten, andrerseits kann eine mechanische Störung durch Änderung der Mengen des durchströmenden Blutes in der Zeiteinheit erfolgen und bald zu Stauungserscheinungen, bald zu Gehirnanaemien führen. Auf die Aufnahme von fremden, meist toxischen Substanzen, werden die psychischen Störungen, wie sie im Zusammenhang mit pernitiöser Anaemie und Clorose, Morbus Basedowii, Leber- und Nierenkrankheiten auftreten, zurückgeführt, um garnicht zu sprechen von jener Menge akuter wie chronischer Vergiftungen, die psychische Alterationen im Gefolge haben. Auch eine kombinierte Wirkung auf den Blutstrom und die Blutzusammensetzung im Sinne oben genannter Arten kommt bei manchen Giften in Frage. So führt der durch den Alkohol gesetzte Nachlaß des Tonus jenes Teiles der Gefäßzentren, von welchen die Gefäße des Gesichts und des Gehirns innerviert werden, ebenso zu einer allgemeinen Turgescenz und allgemeinen Rötung des Gesichtes wie zu ausgesprochenen Gehirnkongestionen, in deren Gefolge dann leicht Erregungen der psychischen

Funktionen auftreten, ohne daß es sich hierbei nur um eine eigentlich erregende Wirkung des Alkohols handelt. Ähnlich kompliziert liegen die Verhältnisse bei den Fieberdelirien, wo auch zweifellos der Alteration des Blutkreislaufes ein entsprechender Einfluß einzuräumen ist. Kräpelein erklärt sogar die Fieberdelirien lediglich durch die Annahme einer stufenweisen Entwicklung von funktioneller aktiver Hyperaemie und nachfolgender passiver cerebraler Anaemie.

Über eigentümliche psychische Störungen bei raschem Verschwinden von Oedemen unter Anwendung von Diuretin und Digitalis berichtet Eichhorst. Bei den von ihm beobachteten Fällen zeigten sich Somnolenz, dann Bewußtseinstrübungen, Verlust des Orientierungsvermögens, Aufregung und mit Zerstörungstrieb verbundene Delirien. Dieser Zustand hielt mehrere Tage bis zu zwei Wochen an, um langsam abzuklingen, sobald die Polyurie infolge der Arzneimittel geschwunden war. Eichhorst nimmt an, daß ähnlich wie bei der Uraemie die toxischen Produkte der in das Blut aus der Ödemflüssigkeit aufgenommenen Elemente die psychischen Symptome veranlaßt hat.

Bei dieser großen Bedeutung, die die Blutzirkulation nicht nur bezüglich der Gehirnelemente, sondern auch bezüglich der ohne Zweifel chemischen Vorgänge innehat, ist es fast unbegreiflich, daß oft schwere Erkrankungen von Seiten des Herzens oder der Blutgefäße ablaufen, ohne daß dabei die Gehirnfunktionen in Mitleidenschaft gezogen werden, bzw. daß das geistige Leben eine wesentliche Störung zeigt.

Diese Beobachtung hat denn auch J. Fischer zu der These geführt, daß Herzleiden nur bei entsprechend disponierten Individuen Anstoß zur Entwicklung einer Psychose geben. So habe man in dem unangenehmen Druckgefühl, das von einem Aneurysma ausgeübt werde, den Ursprung hypochondrischer- und Verfolgungswahn-

ideen gesehen und ebenso, daß die Beklemmungsgefühle der Herzkranken auf reflektorischem Wege bei entsprechend disponierten Individuen die im Symptomenkomplex der Melancholie eine solche bedeutende Rolle spielende Praecordialangst hervorbringe und so zur Entwicklung einer ausgesprochenen Melancholie führe. So komme in vielen Fällen der Praedisposition das wichtigere Moment zu und nicht der somatischen Erkrankung. Wie schwierig es in der Tat ist, zwischen einem jahre- und jahrzehntelang bestehenden Herzleiden und einer schleichend beginnenden und chronisch verlaufenden Psychose aetiologische Beziehungen herzustellen, das zeigen die stark variierenden Ansichten, auf die man bei Durchsicht der diesbezüglichen Literatur stößt. Auch erscheint es mehr problematischer Natur, wenn Insufficienz der Mitralis mehr mit melancholischen Angstzuständen, entsprechenden Halluzinationen und Verfolgungswahnideen unbestimmten Charakters einhergehn sollen, während man bei Stenosen häufiger große Gereiztheit, Unzufriedenheit, Neigung zum Querulieren und Beeinträchtigungsideen beobachtet haben will. So neigt man heute mehr zu der Auffassung, daß eine chronisch verlaufende Herzerkrankung ohne Kompensationsstörung, insbesondere also einfache, gut kompensierte Klappenfehler nicht in höherem Maße für eine Psychose disponieren, als gelegentlich auch andere Krankheiten, die den Träger in mancher Beziehung hemmend beeinflussen und mit Sorge für die Zukunft erfüllen.

Wie bei chronischen Herzleiden durch Kompensationsstörungen, sieht man auch bei akuten Erkrankungen des Herzmuskels oder des Blutgefäßsystems hin und wieder Psychosen zum Ausbruch kommen.

Bezüglich der Ätiologie dieser Geistesstörungen herrscht ebensowenig Klarheit wie bei denen, die im Gefolge von chronischen Herzkrankheiten auftreten; doch dürften hier wieder alle jene oben genannten Momente in demselben,

ja vielleicht in noch höherem Maße in Frage kommen. Treffen wir, wie wir gesehen haben, doch eigentlich dann nur auf geistige Verwirrtheitszustände bei chronischen Herzleiden, wenn der Herzfehler aus seinem chronischen Stadium in das der Dekompensation mit all seinen Begleiterscheinungen übertritt, d. h., wenn aus dem chronischen Leiden des Herzens ein akutes geworden ist.

Bei den Geistesstörungen auf der Basis einer akuten Herzerkrankung dürften neben der schlechten Blutversorgung des Gehirns vor allem in der toxischen Einwirkung auf die Gehirnelemente die Ursache der beobachteten Psychosen zu suchen sein.

Wie eine akute Myokarditis so zum Bilde einer ausgesprochenen Seelenverwirrtheit, Amentia, führen kann, zeigt uns auch folgender Fall, der in der hiesigen Königl. Psychiatrischen und Nervenklinik der Universität zur Beobachtung kam.

H. G., Kaufmann, 57 Jahre alt, wird abends den 20. IV. 16 im Sanitätswagen in die hiesige Königl. Nervenklinik wegen akuter Geistesstörung eingeliefert. Nach Aussage des begleitenden Sohnes sind vorher nie Anzeichen von Geistesstörungen oder Nervenkrankheiten bei dem Patienten beobachtet worden, ebensowenig wie Neigung zum Trinken, Selbstmordgedanken oder auffallende Charaktereigenschaften. Seit ca. 14 Tagen rede er viel sinnloses Zeug. Er solle auf dem Scheiterhaufen verbrannt werden. „Lampe her!“ „Neuer Schnurrbart her!“ Er wolle eine neue Villa kaufen. Der Kaiser müsse ihm Milliarden Entschädigung bezahlen.

Beim Beginn der Erkrankung habe er nicht sprechen können und habe in den ersten Tagen stundenlang stumm dagelegen. Zeitweise verkannte er seine Umgebung. In der letzten Nacht vor seiner Überführung ins Krankenhaus erzählte er, es werde ein Scheiterhaufen gebaut, auf dem er verbrannt werden sollte. Vor fünf Tagen sei er auf

dem Nachtstuhl plötzlich schlapp geworden und habe darauf 6—7 Stunden wie tot dagelegen. Dann sei er sehr unruhig geworden, versuchte aus dem Bett zu springen und sei nur mit Mühe darin gehalten worden. Mitunter habe er mit den Händen in der Luft umhergegriffen, als wenn er etwas fassen wollte. Gestern erzählte er vom Hofzuge. Er erwartete, der Kaiser käme zu ihm. Der Referent führt die Erkrankung auf Überarbeitung zurück. Er habe in der letzten Zeit sehr große Strapazen gehabt und habe wenig geschlafen.

Alkohol- und Nikotingenuß seien sehr mäßig gewesen. Von luetischen Erkrankungen ist dem Berichterstatter nichts bekannt. Die Frau hat angeblich eine Fehlgeburt im 6. Monat gehabt. Sie habe vier gesunde Kinder. Der Patient hatte 5 Wochen lang eine leichte Influenza. Seit der Geburt sei er sehr schwerhörig. Es seien ihm die Gehörgänge „zugewachsen“. Sonst ist von Krankheiten nichts bekannt. In der Schule habe er gut gelernt, Krämpfe seien nie vorgekommen. Der Patient sagte in letzter Zeit öfters zu seiner Frau, „er habe die Gedanken, er müsse seine Familie umbringen und müsse bei ihr anfangen, sonst bekomme er die andern nicht“.

Selbstmordgedanken äußerte er nicht, war aber meist niedergeschlagener Stimmung, was man früher nicht von ihm kannte. Er wäre vielmehr fröhlicher Natur und sehr gutmütig gewesen. Von seinen Angehörigen habe er sich nur schwer trennen können und sei stets von Heimweh geplagt gewesen, selbst wenn er nur kleine Reisen gemacht habe. Darum habe meist seine Frau oder seine Tochter ihn begleiten müssen. Ein Brief von dem überweisenden Arzt besagt, daß G. früher nie ernstlich krank, auch nicht nerven- oder geisteskrank gewesen, im Besonderen auch nicht psychopathisch veranlagt sei. Er habe in den der Krankheit vorangegangenen Wochen geschäftlich viel arbeiten müssen. 3 Wochen vor Eintritt in ärztliche Be-

handlung klagte er zum ersten Male über Verwirrtheit im Kopfe, wurde dann auffallend still und niedergeschlagen. 10 Tage vor Überweisung in die Klinik wurde der Arzt nachts wegen aufgetretener großer Unruhe gerufen. Der Patient wird dann in den nächsten Tagen wieder ruhig, aber auffallend wortkarg, ist dabei völlig orientiert. Vor einigen Tagen wurde er wieder unklar und ganz apathisch, ließ sein Wasser unter sich, mußte gefüttert werden, bis er am Abend vor seiner Überweisung nach einem mehrstündigen Schlaf außerordentlich aufgeregt wurde. Er redete, sang und weinte abwechselnd die ganze Nacht hindurch. Nach einer Einspritzung von 0,001 Skopolamin mit 0,02 Morphium morgens tritt ein mehrstündiger Schlaf ein. Nachmittags ist aber der Patient wieder völlig verwirrt und in großer Unruhe, sodaß seine Überweisung in die Klinik angeraten wird.

Bei seiner Aufnahme ist der Patient etwas unruhig, reagiert aber auf keinerlei Rede oder Anruf. Bei dem Versuch, ihn zu untersuchen, widerstrebt er, indem er z. B. die Augen zukneift, den Mund fest verschließt, die Glieder steif macht, wenn man Reflexe prüfen will usw. Stärkere Abwehrbewegungen geschehen nicht. Beim Versuch zu gehen schwankt der Patient stark. Mit Unterstützung geht er aber einige Schritte in ziemlich normaler Weise, stellt dann aber die Beine ungeordnet übereinander hin und würde ohne Unterstützung hinfallen.

Eine weitere körperliche Untersuchung ergibt folgendes: Größe: 1,64 m; Gewicht: 66 kg; Temperatur: 36,7°.

Pupillen: Mittelweit, etwas oval, anscheinend keine Lichtreaktion.

Kniephänomen lebhaft.

Achillessehnenreflexe vorhanden. Babinskisches Reflex negativ. Herz in normalen Grenzen, Herzaktion unregelmäßig, Puls klein, schnell und unregelmäßig, an der Spitze ein leises systolisches Geräusch. Der Patient be-

kommt Kampfer subcutan und Morphium, schläft nachdem bald ein und schläft die Nacht ruhig durch.

21. IV. 11 Uhr vormittags fährt der Pat. plötzlich im Bette hoch, schaut wild um sich, behauptet, er müsse sofort nach Hamburg, er sei der Brandstiftung angeklagt und werde verbrannt werden; schreit dann einige Male in langezogenen Tönen: „Peter! — Peter!“, ahmt die Musik einer Kapelle nach, spricht meist unverständliche Worte, von denen man „Kaiser“, „Peter“ (Name des Sohnes) versteht, läßt sich nicht im Bette halten und muß für kurze Zeit in die Tobsuchtszelle gelegt werden. Er erhält eine Spritze Duboisin subcutan und beruhigt sich nach ca. ½ Std. wieder. Da der Puls sehr klein und unregelmäßig wird, werden Kampferinjektionen gemacht und Digalen mit der Nahrung eingeflößt, welche, da der Pat. jegliche Nahrungsaufnahme verweigert, mit der Sonde verabfolgt werden muß.

22. IV. Der Patient hat die Nacht ziemlich ruhig geschlafen und liegt auch noch heute ruhig im Bett, weigert sich aber, zu essen und zu trinken. Er macht zeitweise einen sehr gedrückten Eindruck und muß wiederum mit der Sonde gefüttert werden. Sein Wasser hat er unter sich gelassen.

A.: „Wollen Sie nicht etwas essen?“

Pat.: „Ich hatte Bange, daß Sie mich verbrannten.“

A.: „Wo? hier?“

Pat.: „Da wird man doch schließlich ganz wirr von. Ich bin doch hier im Gefängnis.“

A.: „Zeigen Sie die Zunge!“

Pat. zeigt sie ein wenig, dann schließt er den Mund: „Och, das darf ich doch nicht!“

Trotz Zuredens weigert sich der Pat. auch heute noch, zu essen und zu trinken, und muß mit der Sonde gefüttert werden. Beim Versuch, die Pupillen zu untersuchen, kneift er die Augen zu, wird wieder unruhig und muß von mehreren Pflegern gehalten werden.

23. IV. Der Schlaf war während der letzten Nacht besser. G. macht im ganzen einen ruhigeren, geordneteren Eindruck. Er beginnt, selbst etwas zu essen, wenn auch erst auf langes Zureden. Der Puls wird besser.

24. IV. Der Pat. ist heute nach einer ruhigen Nacht zeitweise ganz klar und geordnet. Plötzlich aber überkommt ihn wieder die Angst, er habe etwas verbrochen und ruiniere seine Familie. Mit seinem Sohne sei etwas auch nicht in Ordnung. Plötzlich wird er wieder sehr unruhig, springt aus dem Bette, geht zum Fenster und hält vorübergehende Personen für Familienangehörige oder Bekannte. Die beruhigenden Versicherungen seiner Frau und Tochter, von denen er heute besucht wird, haben nur vorübergehende Wirkung.

Nach einigen Stunden schon kommen ihm wieder Sorgen und Angst. Das Essen nimmt er gewöhnlich nur dann zu sich, wenn es ihm vorgekostet wird, da er glaubt, es sei etwas darin. Dann kommt ihm mit einem Male der Gedanke, er müsse erschossen werden.

Die nächsten drei Tage zeigen eine dauernd fortschreitende Besserung im Befinden des Patienten. Der Schlaf ist ruhig, die Gedanken sind ziemlich geordnet, er ißt und trinkt gut. Auch der Puls und die Herzaktion zeigen zunehmende Besserung.

Eine vorgenommene Untersuchung des Augenhintergrundes ergibt außer geringer Füllung der Venen beiderseits keinen abnormen Befund. (Prof. Oloff, Königl. Universitäts-Augenklinik.)

Die Wassermann'sche Reaktion auf Lues ist negativ. Heute, am 27. IV., wird der Puls wieder klein und unregelmäßig. Nachts schläft der Pat. gar nicht, steht trotz strengen Verbotes mehrmals auf und hustet etwas. Es werden wieder abwechselnd Kampfer und Digalen gegeben. Der Pat. wird wieder stark verwirrt und unge-

ordnet in seinem Denken, sodaß so ziemlich dasselbe Bild der Geistesgestörtheit wie zu Anfang entsteht, nur daß der Pat. nicht ganz so unruhig und desorientiert ist. Am 30. IV. tritt wieder eine Wendung zur Besserung ein. Der Puls hebt sich wieder, die Unruhe verschwindet, der Schlaf wird ruhig. Dieser Zustand scheint von Dauer zu sein, sodaß der Pat. am 5. V. zum ersten Male aufstehen kann. Die Stimmung ist von jetzt ab dauernd gut. G. kennt jedermann und unterhält sich wiederum gänzlich ruhig und geordnet, soweit seine starke Schwerhörigkeit ihm das erlaubt.

Nach einer weiteren Pflege und Beobachtung von drei Wochen kann der Pat. am 28. V. als geheilt in seine Heimat entlassen werden.

In dem vorstehenden Krankheitsbericht haben wir das ausgesprochene Bild einer Seelenverwirrtheit, Amentia, vor uns, die offenbar auf der Basis einer akut aufgetretenen Myokarditis zum Ausbruch kommt.

Die Ätiologie der Myokarditis nachzuprüfen, war nicht möglich, da eine ernstere vorangehende Krankheit nicht zur Beobachtung gekommen war. Eine luetische Erkrankung des Pat. oder eine erbliche Belastung lag nicht vor. Der Mann stammt aus gesunder, nicht psychopathisch veranlagter Familie und hat vordem nie Anzeichen einer Geistesstörung gezeigt. Es liegt somit auch kein Grund vor, bei dem Pat. an eine besondere Disposition zu psychischen Störungen zu denken. Ganz akut wie die Herzerkrankung sehen wir mit ihr vergesellschaftet das Bild einer Amentia. Und wenn auch die Herzerkrankung zunächst nicht sofort in den Vordergrund tritt, so ist zur Beurteilung derselben im Gesamtkrankheitsbilde der Umstand besonders ausschlaggebend, daß mit dem Eintritt einer Besserung in der Herztätigkeit auch eine Besserung in der gestörten Psyche des Patienten zu verzeichnen ist. Es ist somit nicht von der Hand zu weisen, daß in diesem

Falle die bestehende Myokarditis das schwere Bild der Amentia zur Folge gehabt hat.

Was die Prognose derartiger Geistesstörungen anbelangt, so zeigt uns auch der vorliegende Fall, daß dieselbe nicht von vornherein als infaust anzusehen ist. Auch hier gelingt es, durch Hebung der Herztätigkeit eine völlige Heilung zu erzielen.

Therapeutisch wird es demnach bei akuten psychischen Störungen, bei denen gleichzeitig eine Erkrankung des Herzmuskels in die Erscheinung getreten ist, in erster Linie darauf ankommen, die Herzkraft wieder zu heben. Zeigt es sich hierbei, daß die Reservekraft des Herzmuskels noch nicht verbraucht ist, so wird man auch nicht die Hoffnung aufzugeben haben, daß bezüglich der gestörten Psyche eine Restitutio ad integrum zu erreichen ist.

Zum Schlusse erfülle ich die angenehme Pflicht, Herrn Geheimrat Prof. Dr. Siemerling für die Überlassung des Stoffes meinen ergebensten Dank auszusprechen.

Literatur.

1. Binswanger und Siemerling: Lehrbuch der Psychiatrie. 3. Aufl. 1911.
2. Mouiset und Gate: „Troubles psychiques hystéro-épileptiques chez une cardiaque". Revue de Médicine 1912.
3. L. Saathoff: „Herzkrankheiten und Psychose". Münch. M. W. 1910.
4. Jacob: „Zur Symptomatologie, Pathogenese und pathologischen Anatomie der Kreislaufpsychosen". Journal für Psychologie und Neurologie. Bd. XIV, Heft 5 und 6.
5. L. Müller: „Über die Beziehungen von seelischen Empfindungen zu Herzstörungen". Münch. M. W. 1906. Nr. 1.
6. Jacob Fischer: „Über Psychosen bei Herzkranken". Zeitschr. für Psychiatrie 1899, Bd. 54.
7. Eichhorst: „Toxämische Delirien bei Herzkranken". D. M. W. 1898, Nr. 25.

Lebenslauf.

Ich, Andreas Christian Thiesen, bin geboren am 15. Juni 1880 zu Bedstedt (Kreis Apenrade, Nordschleswig) als Sohn des verstorbenen Pastors Claus Thiesen, evang. Konfession; besuchte das Gymnasium zu Hadersleben und erwarb das Reifezeugnis daselbst Ostern 1904. Dann bezog ich die Universität in Kiel, um zunächst Theologie zu studieren, wechselte aber im Herbst 1907 mein Studium und wandte mich dem medizinischen Studium in Kiel zu. Die ärztliche Vorprüfung bestand ich im Februar 1910 zu Kiel und das Staatsexamen im Dezember 1912 ebendort. Mein praktisches Jahr absolvierte ich an der Chirurgischen und Medizinischen Universitätsklinik zu Kiel sowie am Städtischen Krankenhause zu Lübeck unter der Direktion von Herrn Prof. Deycke und erhielt meine Aprobation zum Arzt am 22. Dezember 1913. Gleich darauf ließ ich mich als Arzt hier in Kiel-Gaarden nieder und bin noch als solcher hier tätig.